

Bucaramanga, abril 30 de 2019

Señor (a)

José Manuel Ariza

SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.827636

Coordinador Académico

Coordinación Académica

Bucaramanga

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes abril 2019.

Referencia:

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.827636 del año 2019

Silvia Cristina Cuadros Mendoza, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.715.790 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en Coordinación Académica, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de TREINTA Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS NOVENTA PESOS MICTE (\$37.410.690). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un pago proporcional a los días ejecutados en el mes de febrero del 2019. b) diez (9) pagos iguales por los meses de (MARZO) (NOVIEMBRE) de 2019, por valor de \$3.679.740 cada uno y c). - Un pago proporcional por los días ejecutados en el mes de diciembre de 2019. Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de AHORROS No. 301147260 del BANCO DE BOGOTÁ, cuyo titular es el (la) contratista. PARAGRAFO PRIMERO: El cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. PARAGRAFO SEGUNDO: Para que el SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago, el (la) contratista debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago, tales como la certificación expedida por el supervisor del contrato, en la que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la certificación de aportes al sistema general de Salud, Pension y Riesgos Profesionales, así como los demás documentos necesarios para el pago.

Plazo: Será hasta el 20 de diciembre de 2019.

OBJETO:

Prestación de servicios personales de carácter temporal como instructor por periodos fijos en formación titulada y complementaria para impartir formación en las diferentes áreas específicas del Centro de Servicio Empresariales y Turísticos, en el periodo académico del 2019.

CLAUSULA CUARTA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Impartir formación en los horarios y lugares que la institución indique	Formación Titulada Ficha 1803800 TO. Guianza Turística Ficha 1752500 TN Enfermería	Eventos registrados en SOFIAPLUS
2	Participar en las actividades que se programen	Reunión y actividades equipo de Bilingüismo	Formato de Asistencia
3	Dar cumplimiento estricto a los manuales del Sistema de Gestión de Calidad y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA.	Seguimiento al cumplimiento del manual del aprendiz y calidad y políticas institucionales	Seguimiento de los procesos y formatos establecidos.
4	Desarrollar mecanismos que faciliten la reflexión, la innovación, el espíritu investigativo, la creatividad y la autoevaluación en los aprendices.	Desarrollo de diferentes actividades de interacción y reflexión dentro del proceso formativo	Actividades grupales
5	Responder por la integridad y buen uso de materiales.	Uso de los ambientes de formación y equipos informáticos.	Inspección de ambientes y buen uso de elementos del centro
6	Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente educativo, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes.	Evaluación de cada actividad de aprendizaje de acuerdo a las listas de chequeo y verificación	Evaluaciones de acuerdo a las actividades del Plan de Evaluación y Seguimiento

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe (formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087), en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

Nota 1: Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, **4274639569** expedido por SOI correspondiente al mes de marzo del año 2019.

Evidencias en () folios

Cordialmente,

Silvia Cuadros Mendoza

Silvia Cristina Cuadros Mendoza
Contratista
C.C. No. 1.098.715.790 de Bucaramanga

Recibi a satisfacción:

JM

José Manuel Ariza
Supervisor(a) Contrato No CO1.PCCNTR.827636 de 2019



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**

[illegible]

CÓDIGO													NO	TOTAL APORTE A PENSION													MORA		VALOR PAGADO									
ADMINISTRADORA													NOMBRE		Nº COFINANTES		COTIZACIÓN		EMPLEADOR		COTIZANTE		SOLIDARIDAD		SUBSISTENCIA		COTIZACIÓN		FSP		APORTES		MORA		VALOR PAGADO			
200001													200001 PORVENIR		1		235 600				10																	
TOTAL:																	235 600				10																	
TOTAL:																	235 600				10																	

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD										TOTALES			
CODIGO	NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERIEDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MOPSA		APORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
			NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLAZILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACION	UPC			
SP-010	LA SUBSISTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	1											\$ 0	\$ 0	\$ 184.000
SUBTOTAL													\$ 0	\$ 0	\$ 184.000

TOTAL APORTES A RESEÑOS PROFESIONALES										
CODIGO	NOMBRE	No COTIZANTES	TRATAMIENTO IRP		LIQUIDACION		MORA	TOTALES		
			VALOR	PAGO A OTROS RESEÑOS	PLASELLA	VALOR		COTIZACION	APORTES	DESCUENTO
1473	IN-25-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1		\$0		\$0	\$7'000	\$7'000	\$0	\$7'000
SUB-TOTALES:									\$0	\$7'000

[illegible]

TOTAL	\$ 427.300
-------	------------